

**University of Groningen**

## **De restauratieve verzorgingsgraad bij de jeugd 2. Tandartsfactoren**

Bruers, J J M; van Dam, B A F M; Schuller, A A; Truin, G J

*Published in:*  
Nederlands tijdschrift voor tandheelkunde

**IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.**

*Document Version*  
Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*  
2009

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Bruers, J. J. M., van Dam, B. A. F. M., Schuller, A. A., & Truin, G. J. (2009). De restauratieve verzorgingsgraad bij de jeugd 2. Tandartsfactoren. *Nederlands tijdschrift voor tandheelkunde*, 116(8), 404-9.

**Copyright**

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

**Take-down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

*Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.*



# De restauratieve verzorgingsgraad bij de jeugd 2

## Tandartsfactoren

Als onderdeel van een breder onderzoek naar de restauratieve verzorgingsgraad van 5- en 6-jarige en 11- en 12-jarige kinderen is in 2007 een steekproef van 1.361 tandartsen over deze problematiek ondervraagd via een webenquête. In totaal hebben 447 (33%) tandartsen de vragenlijst volledig ingevuld. Over de ontwikkeling van de mondgezondheid van kinderen liepen de meningen uiteen: 46% van de ondervraagden sprak van een toename van de incidentie van cariës in de afgelopen 5 jaar en 44% van een onveranderde situatie. Verder werd verschillend gedacht over de behandeling van vooral het tijdelijke gebit. Er bestond geen eensluidende visie op de noodzaak van de behandeling van cariës bij (jonge) kinderen en er was evenmin overeenstemming over het tijdstip en de wijze(n) waarop dit moet gebeuren. Desgevraagd liet de meerderheid weten behoefte te hebben aan ondersteuning (verwijsmogelijkheden, protocollen, voorlichtingsmateriaal) in de praktijk bij de periodieke controle, de preventieve en/of de curatieve behandeling van kinderen.

Bruers JJM, Dam BAFM van, Schuller AA, Truin GJ. De restauratieve verzorgingsgraad bij de jeugd 2. Tandartsfactoren. Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: 404-409

### Inleiding

De mondzorgverlening aan de jeugd was de laatste jaren regelmatig in de publiciteit. Een (te) lage restauratieve verzorgingsgraad en afnemend tandartsbezoek zouden er de oorzaak van zijn dat de mondgezondheid van de jeugd in Nederland onder druk staat (Abbink en Den Dekker, 2005). Met de term restauratieve verzorgingsgraad wordt binnen de mondzorg aangeduid welk percentage van gebitsaantastingen als gevolg van cariës restauratief is behandeld. Of een cariëslaesie al of niet wordt gerestaureerd, is niet alleen

afhankelijk van het kind (wel of geen tandartsbezoek), maar ook van de beslissing van de tandarts. Deze beslissing wordt onder meer bepaald door de klinische criteria om tot restauratief behandelen over te gaan, de affiniteit van de tandarts met het behandelen van kinderen, het al of niet inzien van het nut van het behandelen van het (tijdelijke) gebit, financiële en tijdsoverwegingen en de praktijksituatie (Nainar, 2000; Cotton et al, 2001; Ismail et al, 2003; Seale en Casamassimo, 2003; Bruers, 2004; Di Giuseppe et al, 2006; Bottenberg et al, 2008).

**Tabel 1.** Factoren die volgens tandartsen in de huidige Nederlandse situatie de grootste bedreiging vormen voor de mondgezondheid van kinderen (n = 440)<sup>1</sup>.

	Kinderen met tijdelijk gebit (%)	Kinderen met blijvend gebit (%)
(Geven van) te veel snoep, zoete en/of frisdranken, tussendoortjes e.d.	93	94
Onvoldoende toezicht bij tandenpoetsen/napoetsen door ouders/verzorgers	64	54
Onverschilligheid (van ouders/verzorgers) wat gebitsverzorging betreft	49	53
Niet of te weinig tandenpoetsen	39	55
Onwetendheid (van ouders/verzorgers) over de juiste gebitsverzorging	33	23
Niet of slechts incidenteel tandartsbezoek	17	15
Poetsen met tandpasta met een te laag gehalte fluoride	2	3
Andere factor(en) <sup>2</sup>	1	1

<sup>1</sup> Tandartsen is gevraagd de naar hun mening 3 belangrijkste factoren te noemen.

<sup>2</sup> Snoep en frisdrank op scholen (2x)/ onwetendheid bij ouders over voedingsrisico's/ invloed van reclame met 'gezondheidsclaim'/ weinig of geen fluoridegebruik/tijdgebrek ouders/ te laks/ aanleg.

Tot op heden is weinig bekend over hoe deze verschillende aspecten samenhangen met de restauratieve verzorgingsgraad van kinderen. Om hier meer zicht op te krijgen, is een onderzoek uitgevoerd naar de specifieke kindfactoren en de specifieke tandartsfactoren die een rol spelen bij de restauratieve verzorgingsgraad van kinderen (Schuller et al, 2007). De resultaten van het onderzoek wat de kindfactoren betreft zijn al eerder beschreven (Schuller et al, 2009). In het onderhavige artikel gebeurt dit voor de tandartsfactoren.

## Materiaal en methode

Het deelonderzoek onder tandartsen werd uitgevoerd met behulp van een webenquête. De hiervoor opgestelde elektronische vragenlijst bestond hoofdzakelijk uit gestructureerde vragen met gesloten antwoordcategorieën en richtte zich op de inschattingen van tandartsen rond enkele aspecten van de mondgezondheid van jeugdigen en op hun opvattingen over de mondzorgverlening aan jeugdigen. Daarnaast was een aantal vragen gewijd aan de wijze waarop tandartsen in hun praktijk daadwerkelijk uitvoering geven aan de behandeling van jeugdigen.

De vragenlijst werd in mei 2007 per e-mail verzonden aan een aselechte steekproef van 1.510 tandartsen uit de populatie tandartsen van 64 jaar of jonger van wie bij de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) een e-mailadres én een praktijkadres bekend waren. Na ruim een week ontvingen degenen die niet hadden gereageerd opnieuw een e-mail met het verzoek de elektronische vragenlijst alsnog in te vullen en te retourneren. Van de 1.510 aangeschreven tandartsen konden 137 niet worden bereikt vanwege een onjuist of ontoegankelijk e-mailadres. Verder gaven 12 tandartsen aan dat zij een gedifferentieerde praktijk hadden en daardoor geen kinderen behandelden.

	Kinderen met tijdelijk gebit (%)	Kinderen met blijvend gebit (%)
<b>Ontwikkeling incidentie</b>		
Toegenomen	46	39
Gelijk gebleven	44	47
Afgenomen	5	8
Weet niet	5	6
<b>Wijze van ontwikkeling</b>		
Bij alle kinderen	16	17
Bij alle kinderen, maar in hogere mate bij bepaalde (risico)groepen	52	51
Bij vrijwel uitsluitend bepaalde (risico)groepen	29	28
Weet niet	3	4

**Tabel 2.** Inschatting van tandartsen over de ontwikkeling van de cariësincidentie bij kinderen in hun praktijk gedurende de afgelopen 5 jaar en over de wijze waarop deze zich in hun praktijk ontwikkelt (n = 444).

Van de resterende 1.361 aangeschreven tandartsen hebben 447 (33%) de vragenlijst volledig beantwoord. De verzamelde gegevens werden geanalyseerd met behulp van SPSS ('statistical package for the social sciences').

Op basis van individuele gegevens over leeftijd, geslacht, jaar en plaats van afstuderen, plaats van vestiging en NMT-lidmaatschap is nagegaan in hoeverre deze 447 tandartsen representatief zijn voor de populatie tandartsen in Nederland van 64 jaar of jonger met een eigen praktijk. Uit die vergelijking kwam als grootste verschil naar voren dat onder de tandartsen in het onderhavige onderzoek niet-leden van de NMT waren ondervertegenwoordigd (6% tegen 21%). Wat de overige kenmerken betreft waren de respondenten representatief voor de tandartsenpopulatie van 64 jaar of jonger.

**Tabel 3.** Reacties van tandartsen op enkele uitspraken over de behandeling van het tijdelijke gebit van kinderen tot en met 5 jaar (n = 445).

	Volledig eens (%)	Grotendeels eens (%)	Niet eens niet oneens (%)	Grotendeels oneens (%)	Volledig oneens (%)	Weet niet (%)
a. Het is het beste om bij jonge kinderen met extractie te wachten tot er sprake is van een pijnklacht	9	36	17	19	19	-
b. Tandartsen spannen zich voldoende in om zo nodig het tijdelijke gebit van kinderen curatief te behandelen	5	35	26	18	6	10
c. Bij carieuze aantastingen die geen pijnklachten geven, is behandeling niet nodig	1	3	6	27	63	-
d. Bij kinderen tot en met 5 jaar moet een caviteit in de tweede tijdelijke molaar per definitie worden behandeld	50	37	6	4	4	-
e. Behandeling van het tijdelijke gebit moet zich primair richten op het pijn- en ontstekingsvrij houden daarvan	13	27	10	25	25	-
f. Het merendeel van de tandartsen heeft te weinig affiniteit met de behandeling van het tijdelijke gebit	6	23	39	10	3	19
g. Bij diep carieuze aantastingen in het tijdelijke gebit is extractie de beste oplossing	12	39	22	20	7	-
h. Curatieve behandeling van het tijdelijke gebit van kinderen tot en met 5 jaar is over het algemeen moeilijk	10	36	22	24	7	-

	Controle (%)	Preventie (%)	Curatie (%)
Tandarts	81	40	81
Tandarts/mondhygiënist	11	10	13
Tandarts/preventieassistent	4	17	3
Tandarts/ander	1	-	1
Tandarts/mondhygiënist/ preventieassistent	2	10	1
Tandarts/mondhygiënist/ander	-	-	-
Tandarts/preventieassistent/ander	-	-	-
Tandarts/mondhygiënist/ preventieassistent/ander	-	-	-
Mondhygiënist	10	4	1
Mondhygiënist/preventieassistent	-	7	-
Mondhygiënist/ander	-	-	-
Mondhygiënist/preventieassistent/ ander	-	-	-
Preventieassistent	-	11	-
Preventieassistent/ander	-	-	-
Ander	-	-	-
Totaal	100	100	100

**Tabel 4.** Uitvoerders van de periodieke controle, de preventieve en de curatieve behandeling van kinderen met een tijdelijk gebit in de praktijken van tandartsen (n = 450).

## Resultaten

Voor een goede mondgezondheid van kinderen is zowel preventieve zelfzorg (van ouders/verzorgers) als preventieve en curatieve zorg van een tandarts nodig. Als het gaat om kinderen met een tijdelijk gebit schatten tandartsen de verhouding tussen deze 2 invloeden op de gebitsgezondheid op gemiddeld respectievelijk 77% versus 23%. Bij kinderen met een blijvend gebit lag die verhouding op 69% versus 31%. De tandartsen vonden dat de grootste bedreigingen voor de mondgezondheid van kinderen in het algemeen waren: het gebruik van snoep, frisdrank en tussendoortjes, onvoldoende toezicht van ouders bij het tandenpoetsen, onverschilligheid van ouders en onvoldoende tandenpoetsen (tab. 1).

Ruim de helft (58%) van de ondervraagde tandartsen kon geen schatting geven van het percentage kinderen in de plaatselijke omgeving dat nooit of slechts incidenteel bij een tandarts komt. Degenen die dat wel konden, schatten dat gemiddeld 18% van de kinderen met een tijdelijk gebit en 12% van de kinderen met een blijvend gebit in de plaatselijke omgeving geen regelmatige mondzorg kregen.

Desgevraagd gaf bijna de helft (46%) van de tandartsen aan dat de cariësincidentie bij de kinderen met een tijdelijk gebit in hun praktijk in de afgelopen 5 jaar was toegenomen, terwijl ongeveer evenveel (44%) tandartsen aangaven dat hierin niets was veranderd. Verder sprak 5% van een afname en kon eveneens 5% hierover geen oordeel geven. Volgens veruit de meeste tandartsen komt cariës bij kinderen met een tijdelijk gebit in hogere mate (52%) of vrijwel uitsluitend (29%) voor bij bepaalde (risico)groepen. Voor kinderen met een blijvend gebit lieten de inschattingen van

	Kinderen tot en met 5 jaar (%)	Kinderen van 6 tot en met 12 jaar (%)
Altijd	38	34
Meestal	48	50
Vaker wel dan niet	9	13
Vaker niet dan wel	4	2
Soms	1	1
Nooit	-	-

**Tabel 5.** Frequentie waarmee tandartsen in het algemeen overgaan tot curatieve behandeling als zij een kind in de praktijk hebben met 1 of meer caviteiten in de tijdelijke molaren, voor kinderen tot en met 5 jaar en kinderen van 6 tot en met 12 jaar (n = 441).

tandartsen wat de cariësincidentie betreft een overeenkomstig beeld zien (tab. 2).

Tabel 3 laat zien dat de meningen van de ondervraagde tandartsen over de behandeling van het tijdelijke gebit bij kinderen tot en met 5 jaar uiteenliepen. Zowel de periodieke controle als de curatieve behandeling van deze kinderen werd in veruit de meeste gevallen (81%) door de tandarts zelf gedaan (tab. 4). Bij de preventieve behandeling is de rol van tandartsen minder groot. Bij de kinderen met een blijvend gebit was sprake van ongeveer dezelfde situatie.

Ruim de helft (52%) van de ondervraagde tandartsen begon met de periodieke controle voordat of als kinderen 2 jaar oud werden. Andere tandartsen deden dit als de kinderen 3 jaar (40%) of 4 jaar of ouder waren (8%). De gemiddelde leeftijd van kinderen waarop tandartsen startten met de periodieke controle was 2,6 jaar. Met een eventuele restauratieve behandeling begon 13% van de ondervraagde tandartsen bij kinderen van 2 jaar of jonger, 39% bij kinderen van 3 jaar, 34% bij kinderen van 4 jaar, 9% bij kinderen van 5 jaar en 5% bij kinderen van 6 jaar of ouder. De gemiddelde leeftijd van kinderen waarop tandartsen begonnen met restauratief behandelen lag op 3,6 jaar.

Tabel 5 toont dat 38% van de tandartsen naar eigen zeggen bij een kind tot en met 5 jaar met 1 of meer caviteiten in de tijdelijke molaren in het algemeen altijd overging tot curatieve behandeling en dat 48% dit meestal deed. Caviteiten in de tijdelijke molaren bij kinderen van 6 tot en met 12 jaar werden door 34% van de tandartsen in het algemeen altijd en door 50% meestal curatief behandeld. Tabel 6 laat zien welke redenen tandartsen hadden om niet (altijd) curatief te behandelen.

Acht van de 10 (79%) tandartsen lieten weten dat zij behoefte hebben aan ondersteuning in de praktijk bij de periodieke controle, de preventieve en/of de curatieve behandeling van kinderen in het algemeen. Vooral zou men meer verwijsmogelijkheden willen hebben voor kinderen die om verschillende redenen moeilijk te behandelen zijn (39%) en/of kunnen beschikken over meer voorlichtingsmateriaal dat is gericht op bepaalde risicogroepen (38%), of meer voorlichtingsmateriaal in het algemeen (24%). Verder sprak 26% de wens uit voor een praktijkwijzer en/

of klinische richtlijn voor de behandeling van kinderen, en respectievelijk 13% en 20% voor protocollen voor het delegeren van zorgtaken aan mondhygiënist(en) en preventieassistent(en). Verscheidene tandartsen hadden (ook) behoefte aan bij- en nascholing gericht op praktische kennis en vaardigheden: 17% dacht daarbij aan zichzelf, 19% aan de preventieassistent(en) en 8% aan de mondhygiënist(en) in hun praktijk.

Desgevraagd vond 73% van de tandartsen het belangrijk extra inspanningen te leveren om in hun plaatselijke omgeving de opvang en behandeling van kinderen in het algemeen te verbeteren. Anderen uitten zich hierover neutraal (19%) of vonden dit onbelangrijk (4%), terwijl 4% hierover geen mening had.

## Discussie

Tegen de achtergrond van de kritische berichtgeving over de restauratieve verzorging van de jeugd biedt dit onderzoek een zekere verantwoording van de inzet van tandartsen op het gebied van de zorg voor deze groep. Maar zoals bij veel

andere meningsonderzoeken is ook hier mogelijk sociaal wenselijk geantwoord. Bij het beantwoorden van vragen in enquêtes vertonen mensen de neiging antwoorden te geven die de werkelijkheid mooier voorstellen dan zij is. In hoeverre de ondervraagde tandartsen dat ook hebben gedaan, dat wil zeggen hun opvattingen en gedragingen in overeenstemming hebben gebracht met de geldende normen ten aanzien van mondzorg voor de jeugd, valt moeilijk aan te geven. Dit komt ook omdat niet helder is wat nu precies die normen zijn (Frankenmolen, 2007; Gruythuisen, 2007). De waarde van de informatie uit het onderhavige onderzoek ligt dan ook vooral in de belevingen en de opvattingen die tandartsen naar voren brengen en in hun verklaarde gedragingen in algemene zin. Deze kunnen worden beschouwd als een weerspiegeling van de normen op het gebied van de mondzorg voor de jeugd.

In deze webenquête was sprake van een ondervertegenwoordiging van niet-leden van de NMT. Aangenomen is dat op voorhand bij tandartsen geen directe relatie bestond tussen NMT-lidmaatschap en opvattingen en gedragingen

**Tabel 6.** Factoren die voor tandartsen de belangrijkste rol spelen om caviteiten in de tijdelijke molaren niet curatief te behandelen, voor kinderen tot en met 5 jaar en kinderen van 6 tot en met 12 jaar<sup>1</sup>.

	Kinderen tot en met 5 jaar (%)	Kinderen van 6 tot en met 12 jaar (%)
Willen voorkomen dat de angst voor de behandeling groot c.q. groter wordt	57	27
Strategie dat goede voorlichting (aan de ouders) de caviteit kan stabiliseren, waardoor behandeling kan worden uit- of afgesteld	56	49
Strategie dat gerichte preventieve behandeling de caviteit kan stabiliseren, waardoor behandeling kan worden uit- of afgesteld	50	56
Caviteiten zijn te veelvuldig en/of te ver gevorderd ('er is geen beginnen aan')	43	37
Behandelen van kinderen is lastig door hun gedragingen ('ze zijn beweeglijk en onvoorspelbaar in hun reacties')	22	8
Opvatting dat curatief behandelen meer schade toebrengt dan de caviteiten zelf	16	21
Opvatting dat aantastingen die geen pijn en/of ontstekingen veroorzaken weinig risico opleveren voor het blijvend gebit	11	28
Behandelen van kinderen vraagt specifieke communicatieve vaardigheden ('ze zijn moeilijker benaderbaar')	7	4
Opvatting dat het niet nodig is dat kinderen al vanaf 2 jaar de praktijk bezoeken	6	-
Over het hoofd zien van caviteiten	3	5
Behandelen van kinderen kost veel tijd	2	2
Door te grote drukte in de praktijk worden er andere prioriteiten gelegd	2	2
Medewerkers aan wie de periodieke controle is gedelegeerd, constateren caviteiten te laat	-	-
Onvoldoende uitdaging van het werk	-	-
Als wisseling van element nabij is		32
Andere factor	12 <sup>2</sup>	3 <sup>3</sup>
n	274	287

<sup>1</sup> Tandartsen is gevraagd de naar hun mening 3 belangrijkste factoren te noemen.

<sup>2</sup> Onbehandelbaar (8 x)/ kind wil absoluut niet de mond open doen/ kind moet eerst behandelbaar worden gemaakt/ soms wenperiode noodzakelijk/ patiënt is er nog niet aan toe/ kind is niet coöperatief, waardoor je meer schade toe kunt brengen als je de behandeling niet af kunt ronden/ extreme angst bij kind/ niet te behandelen/ behandeling kind wel geprobeerd echter onvoldoende benaderbaar/ behandelbaarheid kind/ als ze panisch binnenkomen, is er geen beginnen aan/ medewerking van de kinderen is bij voorbaat slecht, slechte medewerking ouders ondanks voorlichting/ als er absoluut geen motivatie van de ouders is met zelf een zeer slecht gebit/ zenuwachtige ouders (moeders)/ ouders willen de behandeling niet laten uitvoeren/ ouders vinden boren te belastend/ ouders maken geen vervolgspraak/ kinderen komen niet vaak genoeg/ als ze jonger dan 4 jaar zijn en wachten mogelijk is (2 x)/ te jong, wil niet eerste keer ingrijpen/ opbouwen vertrouwensrelatie tussen kind, tandarts (en ouder) vergt tijd c.q. geduld en is van groot belang voor succesvol behandelen/ eerst uitleggen aan kind en voordoen hoe het volgende keer gaat, recall na paar weken/ eerst gewinning opbouwen, door 2-maandelijks controlebezoek/ eerst een vertrouwensrelatie opbouwen/ bijna wisselen van betreffende gebitselement/ bij eerste bezoek is het front al aangetast, front vaak niet behandelen: vullingen vallen er snel uit en snel te diep naar axiaal, eerst wisselen/ mogelijk eerder starten bitewing-opnamen/ bij extreme angst verwijzing naar centrum voor bijzondere tandheelkunde/ verwijzing naar kindertandarts.

<sup>3</sup> Onbehandelbaar (5 x)/ verwijzing naar jeugdcentrum tandzorg/ verdere ontwikkeling caviteit levert geen risico op voor pijnklacht c.q. gebitsontwikkeling/ slechte motivatie ouders/ aanwezigheid van fistel.

rond de mondzorg voor de jeugd. De resultaten bevestigden dit beeld, reden waarom van een eventuele weging van de uitkomsten is afgezien.

De uitkomsten van dit onderzoek duiden erop dat tandartsen zich zorgen maken over de mate van tandartsbezoek door de jeugd, de incidentie van cariës bij de jeugd en de kwetsbaarheid van risicogroepen. Illustratief voor de zorgen van de tandartsen over de mondgezondheid van jeugdigen is het feit dat bijna driekwart het belangrijk vond om in de plaatselijke omgeving extra inspanningen te leveren teneinde de opvang en behandeling te verbeteren. Hierbij dacht men dan vooral aan zaken op het gebied van de collectieve preventie, dat wil zeggen het organiseren van een landelijke voorlichtingscampagne en het ontwikkelen of actualiseren van voorlichtingsmateriaal dat is gericht op het stimuleren van betere zelfzorg en regelmatig tandartsbezoek door bepaalde risicogroepen. Daarnaast zagen de tandartsen heil in het ondersteunen en coördineren van regionale en lokale initiatieven op het gebied van de mondgezondheid van jeugdigen.

In dit onderzoek is tandartsen gevraagd naar hun aanpak bij de behandeling van kinderen. Hierbij kwam naar voren dat zij verschillend dachten over de behandeling van het tijdelijke gebit. Ook kan worden geconstateerd dat tandartsen niet op hetzelfde moment begonnen met het periodiek controleren van het tijdelijke gebit van kinderen. Over het beginnen met een eventuele restauratieve behandeling bestonden vergelijkbare verschillen. Differentiatie in de aanpak van de behandeling kwam ook naar voren met betrekking tot het exemplarisch geval van caviteiten in de tijdelijke molaren. Als het daarbij gaat om kinderen tot en met 5 jaar dan zei 38% altijd tot curatieve behandeling over te gaan. Voor kinderen van 6 tot 12 jaar lag dat percentage op 34%. Het is de vraag in hoeverre deze uitkomsten betrouwbaar zijn, omdat ze niet in overeenstemming zijn met gegevens waaruit blijkt dat de verzorgingsgraad van kinderen met een tijdelijk gebit en onder behandeling van een huistandarts 17% bedroeg (Poorterman en Schuller, 2005). Belangrijker dan de precieze procentuele verhoudingen in de verdeling is wellicht de constatering dat tandartsen verschillen in de aanpak van caviteiten in de tijdelijke molaren.

Zonder dat hiernaar rechtstreeks is gevraagd, roepen de reacties van de tandartsen in dit onderzoek het beeld op dat er bij een deel van hen onzekerheid leefde over de behandeling van het tijdelijke gebit. Een indicatie hiervoor vormt de omstandigheid dat bijna de helft van de tandartsen aangaf dat curatieve behandeling van het tijdelijke gebit van kinderen tot en met 5 jaar over het algemeen moeilijk is, terwijl ongeveer een kwart dit niet expliciet ontkende. En juist dit heeft effect op hun professionele gedrag, want deze tandartsen bleken ook vaker aan te geven niet altijd tot curatieve behandeling van aangetaste tijdelijke molaren over te gaan. Ook het feit dat 8 van de 10 tandartsen lieten weten dat zij behoefte hebben aan ondersteuning in de praktijk voor de behandeling van kinderen, kan worden geïnterpre-

teerd als een teken van onzekerheid. Temeer omdat daarbij met zoveel woorden wordt gevraagd om directe ondersteuning in de vorm van meer verwijsmogelijkheden, een klinische richtlijn voor de behandeling van kinderen en specifieke bij- en nascholing gericht op praktische kennis en vaardigheden.

De kritiek op de huistandartsen in de discussie over de behandeling van het tijdelijke gebit bij jonge kinderen had in de kern betrekking op vermijdingsgedrag. In de media werd onder meer gesteld dat tandartsen het lastig vinden om jonge kinderen te behandelen en de noodzakelijke behandelingen daarom vaak achterwege laten. De uitkomsten van dit onderzoek bieden impliciete aanwijzingen dat in deze stelling een kern van waarheid zit. Zo onderschreef minder dan de helft van de tandartsen de uitspraak dat de beroepsgroep zich voldoende inspent om zo nodig het tijdelijke gebit curatief te behandelen. Bij ruim een kwart bestond daarnaast twijfel of het merendeel van hun collega's voldoende affiniteit heeft met de behandeling van het tijdelijke gebit. Bovendien hadden enkele tandartsen de moed om via dit onderzoek te bekennen dat hun inspanningen in de praktijk bij de behandeling van het tijdelijke gebit van jonge kinderen niet optimaal zijn.

Ten aanzien van het niet altijd curatief behandelen van de tijdelijke molaren zijn verder redenen genoemd die kunnen worden uitgelegd als vermijdingsgedrag. Of het bij deze beweegredenen ook werkelijk om vermijdingsgedrag gaat, is echter maar de vraag. Er kunnen namelijk omstandigheden een rol spelen die het rechtvaardigen niet (meteen) tot curatief behandelen over te gaan. Zo laten verschillende onderzoeken zien dat curatieve behandeling niet resulteert in de gewenste mondgezondheid als er sprake is van ongewijzigd mondhygiënegedrag, waardoor nieuwe cariëslaesies ontstaan (Almeida et al, 2000; Graves et al, 2004; Foster et al, 2006). Gruythuysen (2008) komt hierdoor tot de conclusie dat het adequaat behandelen van de gebitten van kinderen niet synoniem is met curatief behandelen. Het is volgens hem mogelijk via een gerichte preventieve behandeling en/of door goede voorlichting aan de ouders te bereiken dat een cariëslaesie stabiliseert. Het kan ook nodig zijn prioriteit te geven aan het voorkomen dat de angst voor de tandheelkundige behandeling bij kinderen (te) groot wordt. Het afmeten van de inzet van tandartsen aan de verzorgingsgraad van de gebitten van kinderen is dan ook onjuist. Tandartsen kunnen in klinisch of in ander opzicht legitieme redenen hebben om bij jonge kinderen curatief behandelen uit te stellen of zelfs af te stellen.

### Tot slot

Uit dit artikel rijst wellicht het beeld dat het met de mondgezondheid van de jeugd in Nederland slecht is gesteld. Dat is echter niet het geval. De mondgezondheid van de meeste jeugdigen in Nederland is redelijk tot goed (Poorterman en Schuller, 2006; Truin et al, 2007). Ook in vergelijking met de situatie in andere landen scoort Nederland goed (Bratthall,



2005; Downer et al, 2005). Den Dekker en Abbink (2007) constateerden echter dat de mondgezondheid van de jeugd niet langer verbeterd en dat er tekenen zouden zijn die duiden op een licht verval. Ook wezen zij erop dat het met de mondgezondheid van een betrekkelijk kleine groep jeugdigen erg slecht is gesteld en dat de mondzorg voor deze kinderen verbetering behoeft. Hun zorgen worden gedeeld door de beroepsgroep van tandartsen, want niet voor niets heeft de NMT het initiatief genomen tot het landelijke programma 'Kies voor gaaf!' om de mondgezondheid van jeugdigen structureel te verbeteren (Gosselink, 2007).

## Literatuur

- Abbink EJAA, Dekker J den. Signalement Mondzorg 2004. Diemen: College voor zorgverzekeringen (CVZ), 2005.
- Almeida AG, Roseman MM, Sheff M, Huntington N, Hughes CV. Future caries susceptibility in children with early childhood caries following treatment under general anesthesia. *Pediatr Dent* 2000; 22: 302-306.
- Bottenberg P, Melckebeke L Van, Louckx F, Vandenplas Y. Knowledge of Flemish paediatricians about children's oral health--results of a survey. *Acta Paediatr* 2008; 97: 959-963.
- Bratthall D. Estimation of global DMFT for 12-year-olds in 2004. *IDJ* 2005; 55: 370-372.
- Bruers JJM. Zorgverlening door tandartsen. Studie naar tandartsvariëaties in verleende zorg. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2004. Academisch proefschrift.
- Cotton KT, Seale NS, Kanellis MJ, Damiano PC, Bidaut-Russell M, McWhorter AG. Are general dentists' practice patterns and attitudes about treating Medicaid-enrolled preschool age children related to dental school training? *Pediatr Dent* 2001; 23: 51-55.
- Dekker J den, Abbink EJAA. Signalement Mondzorg 2007. Diemen: College voor zorgverzekeringen (CVZ), 2007.
- Di Giuseppe G, Nobile CG, Marinelli A, Angelillo IF. Knowledge, attitude and practices of pediatricians regarding the prevention of oral diseases in Italy. *BMC Public Health* 2006; 6: 176.
- Downer MC, Drugan CS, Blinkhorn AS. Dental caries experience of British children in an international context. *Community Dent Health* 2005; 22: 86-93.
- Foster T, Perinpanayagam H, Pfaffenbach A, Certo M. Recurrence of early childhood caries after comprehensive treatment with general anesthesia and follow-up. *J Dent Child* 2006; 73: 25-30.
- Frankenmolen FWA. Help ... een kind in de stoel! IQualstudiepakket. Nieuwegein: Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), 2007.
- Gosselink K. Kies voor Gaaf! NMT neemt voortouw bij verbetering jeugdgebijt. *Ned Tandartsenblad* 2007; 62 (14): 12-15.
- Graves CE, Berkowitz RJ, Proskin HM, Chase I, Weinstein P, Billings R. Clinical outcomes for early childhood caries: influence of aggressive dental surgery. *J Dent Child* 2004; 71: 114-117.
- Gruythuysen RJM. IQual NMT-cursus 'Help ... een kind in de stoel'. *Tandartspraktijk* 2007; 28 (7): 6-12.
- Gruythuysen RJM. Kindertandheelkunde (Casus 4): Restaureren niet zinnig. *Tandartspraktijk* 2008; 29 (1): 29-30.
- Ismail AI, Nainar SM, Sohn W. Children's first dental visit: attitudes and practices of US pediatricians and family physicians. *Pediatr Dent* 2003; 25: 425-430.
- Nainar SM. Dentists' ranking of Medicaid reimbursement rates as a measure of their pediatric Medicaid participation. *ASDC J Dent Child* 2000; 67: 422-424.
- Poorterman JHG, Schuller AA. Tandheelkundige verzorging jeugdige ziekenfondsverzekerden (TJZ). Een onderzoek naar veranderingen in mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag. Tussenmeting 2003. Amsterdam: ACTA, 2005.
- Poorterman JHG, Schuller AA. Tandheelkundige verzorging Jeugdige Ziekenfondsverzekerden. Een onderzoek naar veranderingen in mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag. Amsterdam: ACTA, 2006.
- Schuller AA, Bruers JJM, Dam BAFM van, Truin GJ. Jeugdmondzorg: De restauratieve verzorgingsgraad. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2007 (TNO-rapport KvL/P&Z 2007.102).
- Schuller AA, Bruers JJM, Dam BAFM van, Poorterman, JHG, Gerardu VAM, Truin GJ. De restauratieve verzorgingsgraad bij de jeugd 1. Patiëntgebonden factoren. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2009; 116: 347-353.
- Seale NS, Casamassimo PS. Access to dental care for children in the United States: a survey of general practitioners. *J Am Dent Assoc* 2003; 134: 1630-1640.
- Truin GJ, Frencken JE, Mulder J, Kootwijk AJ, Jong E de. Prevalentie van tandcariës en tanderosie bij Haagse schoolkinderen in de periode 1996-2005. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2007; 114: 335-342.

## Summary

### The restorative care index in children 2. Factors concerning the dentist

As part of a broader study of the restorative care index of 5- and 6-year-olds and 11- and 12-year-olds, a sample study was carried out among 1,361 dentists, who were surveyed by means of a web-questionnaire concerning this issue. In total 447 dentists (33%) filled in the questionnaire completely. Concerning the development of dental care of children, opinions differed widely: 46% of those questioned spoke of an increase in the incidence of caries during the past 5 years and 44% reported no change. Furthermore, dentists hold different views on the treatment of the primary dentition. There was no consensus of opinion about the necessity of treating caries in young children and there was a comparable lack of agreement about how and when treatment should be given. The majority of dentists express a need for support in their practice (possibilities for referral, protocols, informational material) concerning routine oral examination, the preventive and/or curative treatment of (young) children.

## Bron

J.J.M. Bruers<sup>1</sup>, B.A.F.M. van Dam<sup>1</sup>, A.A. Schuller<sup>2</sup>, G.J. Truin<sup>3</sup>  
 Uit de <sup>1</sup>Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde en <sup>2</sup>TNO Kwaliteit van Leven en <sup>3</sup>de afdeling Preventieve en Curatieve Tandheelkunde van het Universitair Medisch Centrum St Radboud  
 Datum van acceptatie: 29 oktober 2008  
 Adres: dr. J.J.M. Bruers, NMT, postbus 2000, 3430 CA Nieuwegein  
[j.bruers@nmt.nl](mailto:j.bruers@nmt.nl)